

[PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: *HEALTH EDUCATION PROJECT*]



[EL BUEN COMER: ESCULPE TU CUERPO, CIMIENTA TU FUTURO]

Autor: Carlos Jiménez Minaya.

**Universidad Autónoma de
Madrid: Facultad de Medicina.**

Grado en Enfermería.

Tutora: Olga Martínez.

Curso Académico: 2018-2019.

Índice

Resumen	1
Introducción.....	2
Conceptos	2
1. Adolescencia	2
2. Conductas de riesgo	3
3. Hábitos saludables.....	5
4. Justificación.....	7
5. Nutrición	8
6. Datos epidemiológicos	10
7. Programación EpS.....	18
8. Análisis de comportamientos	19
Objetivos	21
Metodología	22
Desarrollo de las sesiones	27
Evaluación.....	31
Conclusiones	33
Agradecimientos	34
Bibliografía	35
Anexos	41

Resumen

Introducción: En este documento se desarrolla un proyecto de Educación para la Salud grupal enfocado en la alimentación y hábitos nutricionales de los adolescentes. Se definirán los contenidos principales en relación al contexto de la nutrición y los adolescentes, así como los principales riesgos y complicaciones derivadas de unos malos hábitos nutricionales.

Objetivos: Se enumerarán en base a la información del apartado anterior, divididos en diferentes áreas: cognitiva, emocional y de las habilidades.

Metodología: Para alcanzar los objetivos propuestos se ha desarrollado un taller conformado por seis sesiones, de una hora de duración cada una, con intención de ser implementado en los diferentes grupos de 4º de ESO de un instituto.

Evaluación: Con objeto de conocer los objetivos alcanzados, la satisfacción de los participantes y la posible implementación de mejoras, se propone realizar una evaluación final que cumplan los propios participantes.

Palabras clave: Educación para la salud, nutrición, alimentación, adolescentes, obesidad, TCA.

Introduction: In this document, a grupal health education project is developed, focused on feeding and nutritional habits of adolescents. The main contents in the context of nutrition and adolescents are defined, so as the main risks and complications derived from bad nutritional habits.

Objectives: Based on the information from the introduction, objectives will be enumerated, corresponding to different areas: cognitive, emotional and of the skills.

Methodology: In order to reach the proposed objectives, a project has been developed formed by 6 sessions, one hour long each, with the intention of being implemented among the different groups of 4º of ESO of a high school.

Evaluation: With the objective of knowing the goals reached, the satisfaction among the competitors and the possible implementation of improvements, a final evaluation is proposed to be done, complemented by the competitors.

Key words: Health education, nutrition, feeding, adolescents, obesity, eating disorders.

Introducción

A lo largo de este capítulo se pretende realizar una contextualización del proyecto que se desarrollará posteriormente, el cual pretende ser un Proyecto de Educación para la Salud (EpS) centrado en la educación nutricional y dirigido a adolescentes. En este documento se tratará de diseñar un programa educativo que ayude a los jóvenes a conocer la importancia de unos buenos hábitos nutricionales así como de concienciarles de las principales consecuencias para su salud y de modificar conductas perjudiciales.

Puesto que es importante conocer los diferentes conceptos en relación con el tema a desarrollar, estos son expuestos a continuación, diferenciados en varios epígrafes.

Conceptos

1. Adolescencia.

Antes de comenzar el desarrollo de este proyecto, es importante revisar los distintos aspectos relacionados con la **adolescencia**, la cual es una etapa vital definida por la OMS como *“el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”* (1). A su vez esta etapa podría quedar dividida en tres momentos principales: la adolescencia inicial, comprendida entre los 10 y los 13 años; la adolescencia media, que duraría desde los 14 a los 17 años; y la adolescencia tardía, que quedaría delimitada entre aquellos individuos con edades de entre 18 y 21 años. (2)

Este periodo se caracteriza por ser una etapa de transición y de numerosos cambios, tanto a nivel físico, como puede ser la maduración sexual, como psicosocial. Es una etapa de descubrimiento, de planteamiento de una nueva visión de lo conocido anteriormente y de búsqueda de nuevas experiencias. Según la Sociedad Española de Medicina en la Adolescencia podemos tomar cuatro como los objetivos a lograr durante esta etapa, los que darían por concluido el paso de la vida infantil a la adulta: la obtención de independencia de los padres, la aceptación de la propia imagen corporal, la correcta integración en un grupo de amigos y, finalmente, el desarrollo de una identidad propia, puesto que hasta este momento el adolescente se ha visto reflejado en sus progenitores u otros adultos de referencia y ahora lo que necesita es sentirse como un individuo propio e independiente de estos. (3). Dichos objetivos deben ir siendo alcanzados de manera paulatina a lo largo de la adolescencia y debe tenerse en cuenta

que hay una gran variabilidad en lo que a la evolución del proceso refiere, dependiendo de cada individuo. Durante este proceso se irá observando cómo se produce una transición desde la etapa infantil hasta la adulta, percibiendo conductas más infantiles al inicio de la adolescencia, evolucionando a una mezcla entre estas y conductas más adultas, para finalmente desembocar en un individuo con un comportamiento propio.

Al ser esta una época de cambios y de búsqueda de nuevas experiencias y de una propia identidad, es el momento en el que se desarrolla una mayor cantidad de conductas de riesgo para el individuo.

2. Conductas de riesgo.

Las **conductas de riesgo** serían *“todas aquellas actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura”*. (4) En estas influyen un conjunto de factores que se aúnan en la adolescencia: la presión de grupo a la que se puede sentir sometido y la necesidad de aceptación del adolescente por parte de sus iguales, la necesidad que tiene de romper con lo establecido por sus padres en un intento de consecución de su autonomía y la sensación de invulnerabilidad que estos presentan, ya que ven el daño o la muerte como algo ajeno a ellos (5) (en la Encuesta Nacional de Salud del año 2017 se recogen datos que muestran esto, ya que en la que la percepción de salud propia, en una escala de 0 a 100, entre los jóvenes de 15 a 24 años la media de respuesta fue de 90,4, mientras que en las edades futuras iba cayendo progresivamente, llegando a estar en 72,7 para la gente de 45 a 54 años y en 35,4 en aquellos individuos de 75 o más años (6)). Existe una clasificación que enumera tres grupos de factores que intervendrán a la hora de responder con unas u otras **conductas**, de mayor o menor riesgo: los **personales**, que tendrían que ver con la integración de la experiencia a la hora de enfrentarse a conflictos o con su propio razonamiento; los **precipitantes**, que incluyen algunos como las consecuencias que cree el individuo que puede tener un determinado acto; y finalmente los **de contexto**, que abarcará factores como el apoyo social que pueda tener. (7). Por otro lado y, en estrecha relación con las conductas de riesgo pueden definirse los **factores de riesgo**, que serían *“aquellos elementos que tienen una gran posibilidad de originar o asociarse al desencadenamiento de un hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir, pueden ser la causa de un daño o actuar como*

moduladores del mismo si influyen en él''. (4). Dentro de estos factores de riesgo podemos encontrar varios grupos:

- Factores **ambientales**: se refieren tanto a la normativa como al concepto social que favorece la conducta de riesgo.
- Factores **individuales**: son de dos tipos:
 - Biológicos: aquellos heredado o propios de la etapa de desarrollo del individuo.
 - Psicológicos: abarcan la concepción de las conductas de riesgo y de sus consecuencias así como las capacidades psicológicas del individuo.
- Factores **familiares**: incluyen elementos como la educación recibida o las conductas adquiridas por imitación de conductas.
- Factores **escolares**: son los relacionados con el ámbito escolar. La relación con los compañeros o el fracaso escolar serían ejemplos de estos.

En oposición a estos, se puede hacer una clasificación de **factores protectores**, que se entenderían como los opuestos a los de riesgo, aquellos que disminuyen la probabilidad de adoptar comportamientos de riesgo. Algunos de estos son intrínsecos de la persona, como los **individuales** (habilidades sociales, mecanismos de adaptación, nivel de autoestima) y otros dependerán de la sociedad y el entorno del individuo. Entre estos últimos estarían los factores **ambientales** (políticas, acceso a la sanidad), factores **familiares** (apego, presencia de los padres), factores **dependientes de la escuela** (buena referencias por parte de los docentes, motivación escolar) y factores **dependientes de los amigos** (grupo no consumidor de drogas, amplias relaciones de amistad) (4).

En relación con las conductas de riesgo, encontramos que la OMS enumera los principales problemas de salud entre los jóvenes: embarazos y partos precoces, VIH y otras enfermedades infecciosas, salud mental, violencia, alcohol y drogas, traumatismos, consumo de tabaco y, finalmente, aquellos relacionados con nutrición, como son obesidad, malnutrición y actividad física y nutrición (8).

Algo interesante en relación con las conductas de riesgo es que, según algunos estudios los adolescentes saben que ciertas conductas que pueden tomar son de riesgo para ellos, pero establecen una diferencia entre un comportamiento arriesgado y uno peligroso, relacionando el peligro con un desenlace negativo y el riesgo con un mal evitable y con

poca posibilidad de perjudicarles, dadas sus capacidades y su sensación de superioridad. Esta asunción de riesgos en la adolescencia puede llevar a desarrollar unos estilos de vida no saludables para los adolescentes (9)

3. Hábitos saludables.

Los **hábitos o estilos de vida saludables** se entenderían como *‘todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social’*. (10). El desarrollo de estos es un signo de aumento de autonomía del individuo y son adquiridos desde el primer momento en la infancia. **La familia** es el constructo social más cercano para los niños, por lo que las conductas de salud de estos dependerán en gran medida de las que observen en sus miembros, puesto que son las principales figuras de referencias para ellos. (11). Pese a todo, el distanciamiento de las figuras paternas es algo común en los adolescentes, por lo que suele darse una ruptura con los hábitos establecidos en la infancia como método de rebeldía y búsqueda de su autonomía y producirse un cambio en los comportamientos del adolescente, haciendo que adopte conductas que no son las heredadas de su familia en épocas previas de su vida. Por otro lado, la educación en la escuela sobre hábitos saludables es importante, puesto que es la principal fuente de referencias y aprendizajes tras la familia.

La relación entre los padres e hijos es fundamental en la educación de estos y su futura integración dentro de la sociedad. Existen varios estilos de crianza que varían entre familias, pero se distinguen tres tipos básicos de comportamiento de padres frente a sus hijos: los padres **autoritarios**, que son los más rígidos con las normas y los menos cálidos con sus hijos, lo que da lugar a individuos más desapegados e introvertidos; los padres **permisivos**, que son totalmente opuestos a los anteriores, no imponen castigos, priman la libertad y autonomía y pese a que son cálidos, no son controladores y son muy permisivos, lo que originará individuos más inmaduros y con más dificultades a la hora de introducirse en la sociedad; y finalmente los padres **autoritativos**, que serían un término medio entre ambos, ya que valoran la autonomía y libertad de sus hijos pero controlados mediante el seguimiento de unas reglas básicas, siendo además afectivos con estos. Los hijos de estos últimos tendrían claro el afecto de sus padres pero también los comportamientos que estos esperan de ellos de acuerdo a las normas sociales que les imponen, lo que daría lugar a individuos con mayor seguridad de sí mismos y mayor facilidad a la hora de integrarse en la sociedad. (12). Estos diferentes estilos de relación

entre padres e hijos son claves a la hora del establecimiento de hábitos y comportamientos en la infancia y a su vez presentan gran importancia en el mantenimiento de estos durante la adolescencia.

Además, siendo los padres una importante referencia a la hora de establecer hábitos saludables, es primordial que los propios hábitos de estos sean adecuados (13). Hay estudios que relacionan los gustos de los padres con los de sus hijos y que plantean que un factor importante a la hora de desarrollar preferencias por determinados alimentos por parte de los niños es la exposición a la que se ha sometido dicho alimento frente a ellos (14). Pese a todo, aparte de la familia hay otros muchos factores que son determinantes a la hora de generar hábitos en los niños, como son los **medios de comunicación**. La televisión es un medio de comunicación al que prácticamente cualquier niño y adolescente tiene acceso, es una fuente de información muy valiosa para ellos y a la que se dedica gran cantidad de tiempo. Según un estudio realizado sobre adolescentes de un instituto de Cantabria (15), la mayoría de estos hace un consumo televisivo diario de dos horas, pero podemos encontrar porcentajes elevados en los grupos superiores a estas dos horas. Si relacionamos la televisión con los hábitos nutricionales podemos destacar la relevancia de un estudio que se basó en el estudio de publicidad televisiva durante un periodo de 12 horas y que concluyó que el 80% de estos anuncios publicitaban alimentos de bajo valor nutricional (16), así como otro que refleja que había un consumo mayor de alimentos azucarados entre niños que consumían una importante cantidad de publicidad en la televisión que en los que no lo hacían (17). Siendo estos factores unos de los más determinantes entre los jóvenes a la hora de mantener unos buenos hábitos nutricionales, también caben destacar otros como la sociedad (buscando la aceptación social y la consecución de un estado corporal acorde con los estándares de belleza, que suelen buscar la delgadez (18), provocando la evitación de comidas o de ciertos alimentos; mientras que por otro lado existen grandes tasas de obesidad infantiles actualmente, influida a su vez por la sociedad, debido sobre todo a: un cambio dietético a nivel mundial, con tendencia a mayor consumo de alimentos hipercalóricos, con gran cantidad de grasas y azúcares, y a la tendencia de las sociedades de países desarrollados de realizar menos ejercicio físico (19)), los pares y grupos de amigos (debido a la influencia que puedan tener entre ellos al realizar comidas juntos como la merienda durante el recreo en la que comparten alimentos o a los comentarios acerca del aspecto físico que se pueden realizar entre ellos) o el estado

emocional (ingesta excesiva o inadecuada en situaciones estresantes como durante la época de exámenes o una situación familiar inestable) (20). La economía es otro factor importante que puede determinar las conductas alimentarias de los individuos.

Si la economía familiar se ve mermada, favorece según algunas investigaciones el consumo de alimentos más económicos o incluso preparados, los cuales tienen un bajo valor nutritivo y su consumo habitual no entra dentro de una dieta saludable, favoreciendo la obesidad (21). A su vez para muchos padres es mucho más fácil el proporcionar a sus hijos alimentos industriales como bollería para comidas como la merienda que cualquier otro alimento, puesto que es mucho más asequible. Se observa una relación directa entre familias con un bajo nivel de estudios de los progenitores y una renta económica limitada y altas tasas de sobrepeso y obesidad. Otro factor importante es la facilidad que tienen los jóvenes para adquirir alimentos con bajo valor nutricional, puesto que prácticamente en cualquier comercio de alimentación e incluso dentro de las propias cafeterías de los institutos, puedes encontrar gran diversidad de chucherías, bollería o alimentos procesados, mientras que no ocurre lo mismo con alimentos considerados sanos, como pueden ser frutas o snacks ligeros.

4. Justificación

Para abordar este problema podemos acudir a la **Cartera de Servicios**, en la cual existe una intervención específica, la 106, en sobre la atención a niños con obesidad. Además, existen otros servicios que tratan la obesidad en la edad infantil, como el 102 (seguimiento del desarrollo en la infancia), el 101 (promoción en la infancia de hábitos saludables), en cuyos criterios de buena inclusión se especifica la importancia de la buena alimentación; y el 104 (detección precoz de problemas en la infancia) (22). Asimismo también se recoge el servicio 201, el cual trata de promoción de salud en la adolescencia, en cuyos Criterios de Buena Atención encontramos el análisis de la conducta nutricional de los jóvenes de entre 15 y 19 años y el refuerzo sobre varios temas entre los que se encuentra la alimentación. Además para este proyecto también nos interesará el servicio 503, enfocado en EpS en centros educativos, puesto que justifica por completo la conveniencia de este proyecto (22).

Es pertinente, antes de introducir el tema de la nutrición, hablar de la **equidad** y las **desigualdades en salud**. *“La primera quiere decir que todas las personas pueden desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u*

otras circunstancias determinadas por factores sociales’’. Como hemos visto en el párrafo anterior, la posición social y económica de las familias es un factor que determina mucho los hábitos nutricionales de las personas, y por lo tanto, su salud, lo que significa que existe una desigualdad en lo que a este tema refiere.

Los determinantes sociales son aquellas características sociales que rodean al individuo, tanto internas como externas, y que tendrían relevancia sobre su salud. Una forma de clasificar dichos determinantes sería la propuesta por Dalghren y Whitehead, quienes los dividen en tres grupos (23):

- Factores no modificables: como edad o sexo.
- Factores relacionados con estilos de vida individuales, que dependen de las redes sociales y comunitarias del individuo y estas a su vez de las condiciones de vida y trabajo
- Entorno macropolítico.

A partir de estos datos observamos que es notable el que las desigualdades en salud que se han descrito hasta ahora y que nos interesan para la realización de este proyecto afectan al nivel de los factores relacionados con estilos de vida del individuo. Tendremos en cuenta a la **Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud** redactada en 2012 por el Ministerio de Sanidad para tratar de orientar este enfoque en este proyecto, Servicios Sociales e Igualdad, podemos añadir otro argumento que justifique este trabajo, puesto que dentro de las acciones que esta guía recomienda para evitar las desigualdades encontramos que *‘las medidas deben dirigirse a toda la cadena causal, lo que incluye medidas para modificar el contexto y/o la estratificación social (upstream), medidas para modificar las condiciones y los estilos de vida (midstream) y medidas para reducir las consecuencias de las desigualdades en salud (downstream)’*, y dado que se pretenden modificar estilos de vida, se ajusta a dichas recomendaciones (23).

5. Nutrición.

La **nutrición** según la OMS quedaría definida como la *‘ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo’*. (24). Además añade que una buena nutrición es indispensable para mantener un buen estado de salud, siendo esta última una combinación entre una rutina de ejercicio físico y una dieta equilibrada. Según la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación, la dieta

equilibrada sería *“aquella manera de alimentarse que aporta alimentos variados en cantidades adaptadas a nuestros requerimientos y condiciones personales”*. (25). Asimismo, una dieta equilibrada estará caracterizada por ser diversa en lo que a su contenido se refiere y en la que prima la calidad de la alimentación frente a la cantidad. Por otro lado, unos hábitos nutricionales incorrectos pueden derivar en serias consecuencias, como diversos trastornos o patologías. Existirían dos tipos de estas: las producidas por una ingesta insuficiente o con carencias de nutrientes y las producidas por una ingesta excesiva. Para ejemplificar estas consecuencias podemos ayudarnos de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, realizado en el 2013 y en el cual podemos encontrar una lista de las principales patologías específicas en las que intervienen la alimentación y los factores nutricionales como causa o coadyuvantes o como factores de prevención, las cuales serían: la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, litiasis biliar y osteoporosis y osteoartritis (26).

Durante la adolescencia los requerimientos nutricionales aumentan en gran medida (Anexo 1) ya que es una época de importante crecimiento, debido a que los adolescentes en esta etapa adquirirán el 50% del peso definitivo, el 25% de la estatura que tendrán en su vida adulta y el 50% de la masa esquelética, produciéndose también aumento de distinta masa dependiendo del sexo: los varones incrementarán su masa magra y las mujeres la grasa. Es por esto que la adquisición de patrones nutricionales adecuados en este periodo es fundamental, tanto para el crecimiento del que se ha hablado como para el asentamiento de estos para la vida adulta.

La **Asociación Española de Pediatría** tiene establecidos los siguientes valores como los **requerimientos nutricionales** de los adolescentes (27):

- Energía: al ser la época de mayor gasto energético, las necesidades calóricas serán más elevadas, estableciendo unos valores según el peso y la talla medios de la población adolescente y variando según la franja etaria y el sexo:
 - Niños:
 - 11-14 años: 2500 kcal/día
 - 15-18 años: 3000 kcal/día
 - Niñas:
 - 11-14 años: 2200 kcal/día

- 15-18 años: 2200 kcal/día
- Proteínas: su ingesta depende de la calidad de estas y el aporte energético, pero de media deben suponer entre el 10 y 15% de las calorías totales de la dieta.
- Grasas: son de gran importancia debido a su elevado contenido energético, de las cuales debe proceder entre el 30 y 35% de este. Se debe tener en cuenta que el aporte de grasa saturadas diario debe ser menor al 10%.
- Hidratos de Carbono: se dividen en complejos y simples. Los primeros deben suponer entre el 55 y el 60% del aporte energético mientras que los segundos no deben superar el 10%.

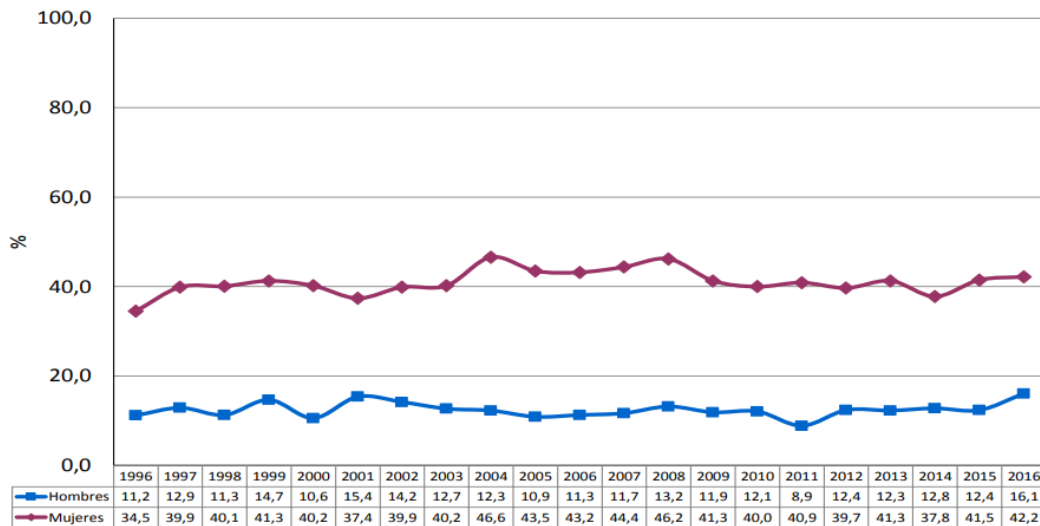
Tras reflejar estos datos y clarificar las necesidades nutricionales de esta etapa el foco se trasladará a **los problemas de salud más relevantes en relación a la alimentación**

6. Datos epidemiológicos.

Pese a las recomendaciones, gran cantidad de adolescentes siguen unas dietas con nutrientes desequilibrados, lo que conlleva problemas nutricionales, siendo los más destacados en esta etapa la obesidad, junto a la morbilidad que esta acarrea (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, que pueden desembocar en un futuro en cardiopatías y aterosclerosis), sobrepeso en la edad adulta, malos hábitos dietéticos y una baja autoestima debido a su imagen corporal (28). Otro factor del que depende el estado físico y el estado de salud personal y que mantiene gran relación con la nutrición es la actividad física. Según la OMS, la actividad física quedaría definida ‘‘*como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía*’’ (29). Es por esto que unos niveles adecuados de actividad física son complementarios a una buena alimentación para mantener un estado físico adecuado y evitar problemas como la obesidad, ya que mediante la actividad física se puede consumir parte de la energía incorporada al organismo en la alimentación. Pese a esto, la actividad física también puede ser perjudicial si se realiza en exceso y puede plantear problemas relacionados con la nutrición en aquellos deportistas de élite, que estructuran unas dietas determinadas para alcanzar el máximo rendimiento y que no siempre son beneficiosas, pudiendo aparecer los denominados trastornos alimentarios en el deporte (30). Asimismo, siguiendo con la actividad física, podemos destacar uno de los problemas más prevalentes a nivel global, sufrido según la OMS por un 60% de la población y que consiste en un déficit de actividad, el sedentarismo (31). El

sedentarismo puede quedar definido desde varios puntos de vista, pero básicamente se definiría como la realización de una actividad física insuficiente en relación a la ingesta energética. Las consecuencias del sedentarismo pueden ser sorprendentemente graves, entrando entre los factores de riesgo principales a nivel mundial.

En la siguiente gráfica se muestra la evolución de los jóvenes que no realizan ejercicio físico, escolarizados en 4º de ESO en la Comunidad de Madrid.



Fuente: SIVFRENT-J 2016

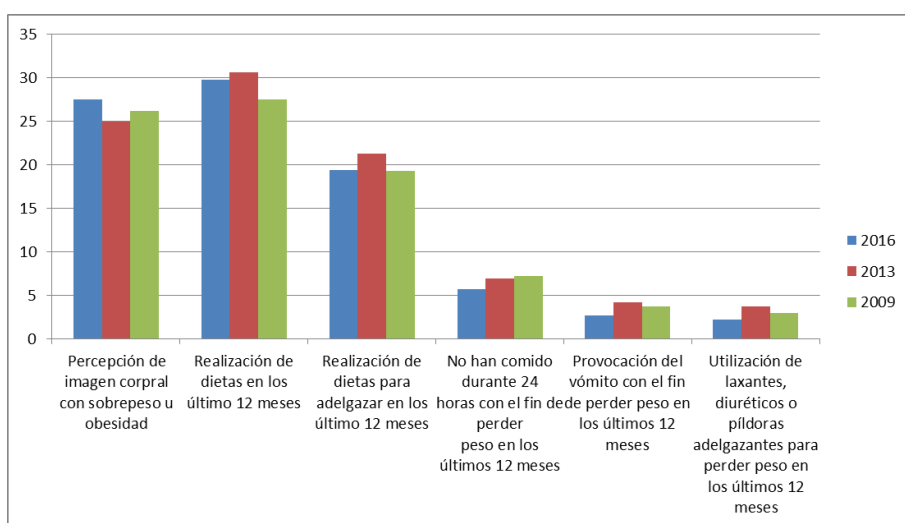
A su vez también son problemas relacionados con la nutrición los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), que cobran gran importancia en este periodo. Los TCA se establecen como la tercera enfermedad crónica más prevalente en jóvenes, siendo más común en mujeres que en hombres, además de ser catalogados por la OMS entre las enfermedades de salud mental prioritarias en niños (28). Los dos máximos exponentes de estos trastornos son:

- Anorexia nerviosa (AN): se define como *“un trastorno psiquiátrico grave y complejo caracterizado por la mantención voluntaria de un peso inferior al rango saludable para la edad y talla de quien lo sufre, lo cual es logrado a través de medios extremos para controlar el peso tales como ejercicio compulsivo, restricción de los alimentos consumidos y/o conductas purgativas”*(28)

- Bulimia nerviosa (BN): se entiende por esta a *“aquel trastorno alimentario por el cual una persona tiene episodios regulares de comer una gran cantidad de alimento (atracones) durante los cuales siente una pérdida de control sobre la comida”*. (32). Una vez finalizados estos atracones el trastorno se caracteriza por el uso de métodos purgatorios para evitar la ganancia de peso.

Las consecuencias del mantenimiento de estos trastornos pueden ser muy variadas y extremadamente graves, pudiendo llegar incluso a la muerte, lo que junto a su prevalencia (en países occidentales sufren AN un 1% de las mujeres adolescentes y BN entre un 2 y un 4% (33)) las convierten en unos de los principales problemas nutricionales entre los jóvenes.

Se ha realizado la siguiente gráfica comparativa, mediante los porcentajes reflejados (sobre la población actual de adolescentes escolarizados en 4º de ESO en la Comunidad de Madrid) en relación con la percepción corporal, dietas y TCA que se recogen en el informe



Fuente: *Elaboración propia. Datos recogidos del SIVFRENT-J de los años 2009, 2013 y 2016.*

realizado por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Juvenil (SIVFRENT-J) de los años 2009, 2013 y 2016 para facilitar la observación de la evolución de estas conductas a lo largo de los años.

Por otro lado encontramos la obesidad y el sobrepeso, definidos por la OMS como *“una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”*. (34), cuyos criterios diagnósticos son un Índice de Masa Corporal de entre 25 y 30 para el sobrepeso y mayor de 30 para la obesidad. El padecer obesidad durante la adolescencia es un factor predisponente para gran cantidad de patologías futuras.

La finalidad de este trabajo es la realización de un Proyecto de Educación para la Salud (EpS) dirigido a los jóvenes en el que se abordarán los hábitos nutricionales de dicho grupo poblacional con el objetivo de prevenir conductas perjudiciales. La EpS es una

estrategia de lo que llamamos Promoción de la Salud (PS), concepto entendido *“como propuesta de “empoderamiento” de las personas, familias y comunidades, que permita su plena y efectiva participación en la discusión y elaboración de las políticas públicas, las cuales colaboran a la mejora de la calidad de vida”* (35), ampliándose este concepto introduciendo ideas como la producción de ambientes saludables o la reducción de vulnerabilidades de la población. Finalmente, el empoderamiento consistirá en otorgar al individuo capacidad de decisión y poder sobre aspectos determinados de su vida. Pese a que el empoderamiento está implícito dentro de la PS, es un término que se ha introducido recientemente dentro de la consideración de esta y en su definición, específicamente apareció por vez primera en la Cuarta conferencia internacional de PS, la cual acabó con la redacción de la declaración de Yakarta, que entre sus puntos principales incluía *“aumentar la capacidad de la comunidad y empoderar a los individuos”* (23).

Una vez claros estos conceptos veremos como la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias define que dentro de las funciones de enfermería se encuadran la *“dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”* (36). A su vez en el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) revisado en el año 2012 comienza con un preámbulo en el que se enumeran los cuatro deberes fundamentales de las enfermeras: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento (37). Dadas estas razones podemos deducir que la enfermera ocupa un lugar importante en lo que a la promoción de la salud de la población se refiere. Para ejemplificar mejor esto podemos aludir al rol de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados (EEA), descrita en la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid, redactada en el 2014. Dicha enfermera deberá ajustar sus servicios a las necesidades de cada paciente o cuidador con el fin de lograr pacientes activos, empoderados y con capacidades para ejercer su autocuidado o el de la persona a cuidar (38).

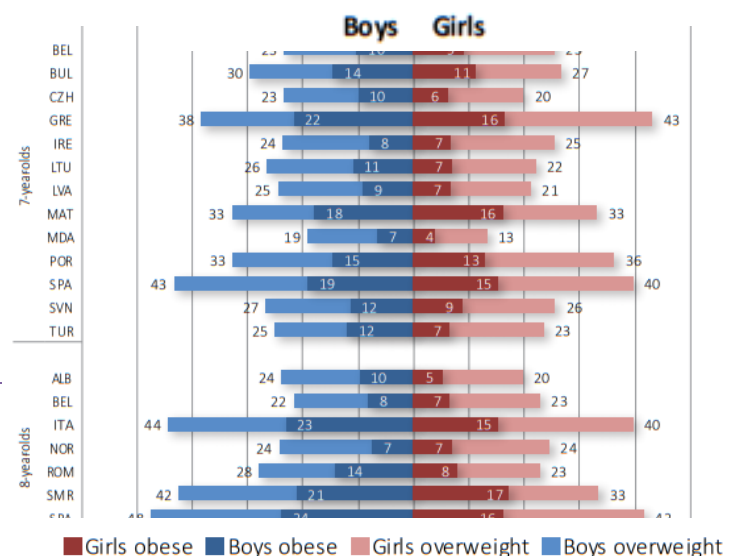
Dentro de la PS nos encontramos a la EpS como la principal herramienta para llevar a cabo este proceso. Según la OMS la EpS sería *“la disciplina que se ocupa de organizar, orientar e iniciar los procesos que han de promover experiencias educativas,*

capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo, y de la comunidad con respecto a su salud'' (39). El objetivo final de esta sería el otorgar información a la población para lograr una voluntariedad en el individuo de corrección de comportamientos no saludables o adquisición de nuevos comportamientos saludables.

Según la Guía de Educación para la Salud del Gobierno de Navarra, existen tres áreas de intervención a la hora de plantear y llevar a cabo un EpS: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales (40).

Como ya se ha visto anteriormente, los hábitos nutricionales poco saludables serían uno de los comportamientos de riesgo más prevalentes entre jóvenes, por lo que en este caso estaríamos hablando de realizar una EpS sobre los estilos de vida de estos adolescentes, tratando de concienciarles acerca de los comportamientos beneficiosos y perjudiciales en salud y pretendiendo guiarles hacia unas conductas saludables, alejándose de las de riesgo. Existen distintas estrategias a la hora de plantear un proyecto de EpS, siendo utilizada en este la estrategia de abordaje grupal. De este modo se pretende actuar sobre un grupo poblacional, no solo sobre individuos aislados, y que se cree un ambiente de interacción entre los participantes, que todos puedan recibir conocimientos pero a su vez aportar sus ideas o experiencias. Consecuentemente con esto, podemos aludir a Paulo Freire, uno de los más célebres pedagogos del pasado siglo y un referente a lo que el empoderamiento de la población se refiere, quien afirmaba que uno de los fines de la educación es *“construirse como persona y que para tal fin los individuos deben integrarse en un contexto, ser conscientemente parte de él, realizar un análisis crítico y comprometerse con el cambio”* (41). En relación con el contexto los talleres de este proyecto se llevarán a cabo en el centro escolar, dado que según estudios hay evidencia de que la eficacia es mayor si se realiza en este contexto y de manera transversal a su educación, además de que al ser conocido es más acogedor y menos hostil para los participantes (42).

Como justificación de este proyecto, veremos los datos reflejados en el Documento Técnico de Salud Pública nº 115 del 2007, que trata de la alimentación en la Comunidad de Madrid. En líneas generales

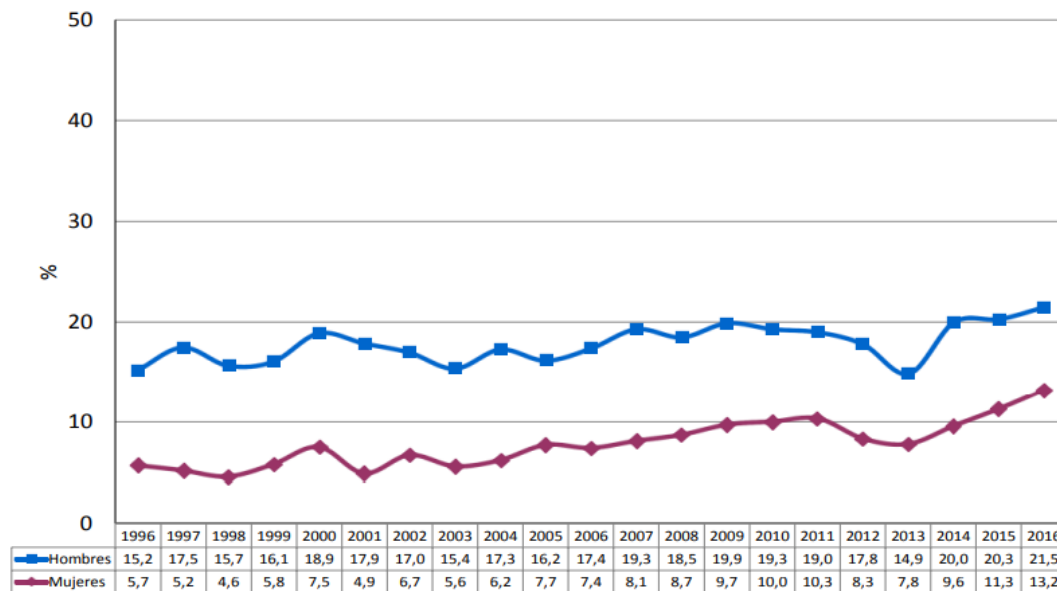


establece que los adolescentes presentan una preferencia por la comida rápida, los fritos, fiambres y embutidos, haciendo perder terreno a los productos frescos.

Muchos adolescentes declararon que si consumen productos como verduras u hortalizas es por clara imposición de sus padres, de otro modo no las consumirían.

Además, los adolescentes españoles ocupan el sexto lugar en la clasificación de países con mayor índice de obesidad juvenil de los 34 países del estudio.

Es impactante observar los datos recogidos por la Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil, desarrollada por la OMS, los cuales reflejan a España como el país con más porcentaje de niños con sobrepeso y obesidad entre la población de 7 y 8 años. El 43% de niños y el 40% de niñas de 7 años padecen sobrepeso, siendo un 19 y 15% los porcentajes para estos en la misma edad. A su vez, entre la población de 8 años encontramos que entre los chicos un 48% de ellos padece sobrepeso y un 24% obesidad, siendo estos porcentajes de 42 y 16% respectivamente en las niñas (43).



Fuente: *SIVFRENT-J 2016*.

En la tabla superior podemos observar datos recogidos por el SIVFRENT-J del año 2016 (44). En la gráfica se muestra la evolución de sobrepeso y obesidad entre población escolarizada en 4º de ESO en la Comunidad de Madrid.

Otros datos relevantes consideran que el factor que más pesa en los adolescentes a la hora de elegir la comida es el placer, sobreponiéndolo al precio o a la salud.

Podemos observar que en la Comunidad de Madrid hay un consumo muy por encima de la media española de bebidas azucaradas y gaseosas, siendo las opciones principales, seguidas por la cerveza, el agua y finalmente los zumos y vinos. El agua en comparación con las otras comunidades se consume un 68,3% menos. Continuando la comparación con el resto del país, lo más destacable es un consumo de bollería superior en un 7,5% a la media nacional.

La siguiente tabla, recogida a su vez del estudio SIVFRENT-J de 2016 refleja de manera visual la proporción de jóvenes que consumen de forma deficitaria o excesiva diversos alimentos, según sexo y edad.

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Consumo <1 ración de leche/día	21,6 (19,2-24,2)	18,9 (16,1-22,1)	24,5 (21,5-27,7)	19,1 (16,0-22,6)	21,2 (18,0-24,7)
Consumo <3 raciones de leche y derivados lácteos/día	53,9 (51,2-56,5)	53,3 (49,7-56,9)	54,4 (51,0-57,8)	52,9 (49,1-56,7)	54,3 (50,0-58,6)
Consumo <2 raciones de fruta/día	61,9 (59,5-64,3)	68,0 (64,9-71,0)	55,3 (52,0-58,5)	59,0 (55,1-62,8)	64,2 (60,8-67,4)
Consumo <1 ración de verduras y hortalizas/día	41,0 (38,8-43,1)	49,7 (46,9-52,5)	31,5 (28,6-34,6)	42,5 (39,0-46,1)	39,4 (36,3-42,6)
Consumo ≥2 raciones productos cárnicos/día	65,8 (63,4-68,9)	69,0 (66,2-71,7)	62,3 (58,7-65,9)	62,4 (59,3-65,3)	65,7 (61,8-69,5)
Consumo ≥2 raciones de galletas, bollería/día	21,3 (19,2-23,7)	21,9 (19,2-24,8)	20,8 (18,0-23,8)	21,5 (18,3-25,2)	20,1 (17,1-23,4)
Consumo de bebidas industriales ≥5 días/semana (todos o casi todos los días)	48,1 (44,5-51,6)	51,9 (48,2-55,5)	44,0 (39,1-49,0)	44,6 (40,2-49,0)	47,0 (42,3-51,7)

Fuente: SIVFRENT-J 2016.

Recabando más información también encontramos el estudio enKid, realizado entre los años 1998 y 2003 y que abarcaba toda la población residente en España entre los 2 y los 24 años con el objetivo de evaluar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil española, que realizó una investigación sobre el nivel de ejercicio físico en la población juvenil y que decretó que la mitad de esta población no cumplía con las recomendaciones de ejercicio mínimas para la promoción de la salud.

En cuanto a la obesidad se refiere, se describen cuatro tipos de factores de riesgo que la predisponen: genéticos, epigenéticos, conductuales y ambientales.

Los que suponen mayor facilidad a la hora de trabajar sobre ellos son los conductuales y los ambientales, por eso serán en los que nos centraremos a la hora de realizar el presente proyecto de EpS. Dentro de los conductuales se incluirán los hábitos familiares heredados, las conductas de alimentación o el tipo y cantidad de ejercicio realizado (45). Los factores ambientales tienen un gran peso, tanto en la obesidad como en los TCA. Por ejemplo, la obtención de alimentos no recomendados en una dieta equilibrada como pueden ser snacks o alimentos procesados es extremadamente fácil para los adolescentes, dado que se encuentran en cualquier tienda de alimentación, máquina expendedora e incluso en los comedores y cafeterías escolares, a lo que se suma su bajo precio, asequible para los jóvenes. Por otro lado las referencias sociales a hombres y mujeres son tremendamente distintas, siendo un ejemplo claro de esto la figura de hombre y mujeres en la publicidad. Los hombres en la publicidad presentan unas características físicas determinadas, atractivas al público, pero suelen buscar objetivos más allá de lo meramente físico: pueden representar autoridad, poder, conocimiento; siendo la imagen, por ejemplo, de los cuerpos de seguridad, de empresarios o de médicos. Mientras tanto las mujeres en la publicidad lo único que suelen representar es una imagen de belleza, dulzura o sensualidad, nada más allá de lo meramente físico. Esto da pie a que los hombres y sobre todo los niños y jóvenes tengan unas referencias sociales externas de muy diversa clase, mientras que las mujeres reciban únicamente referencias a los cánones de perfección física, dado que el empoderamiento de la mujer y la imagen social de la mujer fuerte, independiente, con poder, etc. es algo muy reciente (46). Todo esto acaba llevando a una persecución por parte de muchas mujeres de un físico idealizado (que no saludable), buscando lo que ellas creen que es el estándar o lo aceptable por la sociedad, lo que en muchos casos conlleva a desarrollar TCA. Cabe destacar en relación con estos el denominado código PAOS (código de correulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud), que se sitúa dentro de la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad). Dicha estrategia tiene como objetivo el *“fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas”* (47), mediante

políticas destinadas a mejorar los hábitos nutricionales y la rutina de actividad física, sensibilización e información de la población, promoción de educación nutricional en diversos ámbitos, colaboración con empresas del sector alimentario y colaboración con profesionales de la salud. El código PAOS por su parte lo que pretende es “*disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso y sus consecuencias, tanto en el ámbito de la salud pública como en sus repercusiones sociales*” (48). Este establece una serie de normativas reguladores sobre la publicidad de contenido alimentario dirigida a menores de 12 años.

Otro aspecto que justifica este proyecto es el gasto sanitario originado por estos problemas ya definidos. En relación a los TCA no hay datos que reflejen el gasto originado de su tratamiento pero diferentes estudios sí que afirman que este coste es alto y que una hospitalización estándar por TCA conllevaría un gasto 3,5 veces superior a la media general de un ingreso hospitalario (49). Por su parte, según varios medios, el coste de la suma de todos los costes sanitarios relacionados con la obesidad supondría un 7% del total del gasto sanitario español (50).

7. Programación Proyecto EpS.

Una vez visto todo lo anterior, se establecerá una **población diana** para la realización de este proyecto de adolescentes de entre 14 y 18 años, dado que según estudios, un 25% de los jóvenes comprendidos entre estas edades padecen sobrepeso (51), además de que las capacidades de los jóvenes a la hora de trabajar con ellos en estas edades no son tan limitadas como en las anteriores. Además de este modo podemos aunar a los individuos pertenecientes a una misma etapa educativa, alumnos que cursan la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) o el Bachillerato y que por lo tanto se encuentran en el mismo lugar, el instituto, al que acudiremos a realizar la actividad educativa. Asimismo y vista la importancia del nivel social y económico de la familia en relación a los hábitos nutricionales este proyecto se elaborará centrándose en áreas con jóvenes provenientes de familias con bajos recursos económicos así como con progenitores con bajos niveles de estudios.

8. Análisis de comportamientos

En este apartado se realiza el siguiente análisis, siguiendo la metodología propuesta por el departamento de promoción de salud del Gobierno de Navarra, con el objetivo de definir los objetivos de aprendizaje y el diseño de las sesiones para alcanzar los mismos. El análisis se ha realizado los diferentes factores que influyen en los comportamientos: ambientales y personales.

Factores ambientales	
Entorno próximo	<ul style="list-style-type: none"> • En muchas familias existe un bajo control de la nutrición de los hijos, facilitando que estos adopten estilos de vida poco saludables. • Importante porcentaje de familias que sufren alteración de horarios de las comidas, realización independiente de comidas y omisión de desayuno. • Un 46,9% de niños en la Comunidad de Madrid hacen uso de comedores escolares • Gran accesibilidad y disponibilidad para los jóvenes de alimentos con bajo valor nutricional. • Elevada promoción en medios de comunicación de alimentos poco recomendados en dietas saludables • La influencia de los pares se percibe como un posible factor de riesgo sobre el estado nutricional y sobre la posible aparición de TCA.
Entorno social	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de programas efectivos de educación alimentaria en la escuela. • Los adolescentes poseen conocimientos inadecuados en relación con la importancia de los nutrientes saludables para su dieta. • Los intentos de consecución de los cánones de belleza, muchas veces inalcanzables, pueden desembocar en sentimientos de frustración y sufrimiento, que muchas veces motivan los TCA. • Los adolescentes son difíciles de captar en programas de prevención debido a su poco uso de la atención primaria.
Factores personales	
Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza un excesivo consumo de comidas rápidas o productos industriales, pese a saber sus contraindicaciones, y menor de productos frescos. • Rigen su alimentación por criterios hedonistas: toman lo que les gusta más que lo que saben que es recomendable. • No poseen conocimientos nutricionales tales como para interpretar las etiquetas o ingredientes de los alimentos. • Conocen la importancia de realizar ejercicio físico, pero aun así gran parte no cumplen las recomendaciones mínimas. • Tienen un gran riesgo de desinformación y de creencia de mitos debido a los medios de comunicación y redes sociales. • Los adolescentes presentan una percepción de riesgo notablemente menor en comparación a etapas futuras. • Baja protección de autoanálisis y habilidades de control del riesgo.

Área emocional

- Los adolescentes presentan una sensación de invulnerabilidad que les hace tomar más riesgos que en otras etapas de su vida. En este caso se manifestaría con conductas nutricionales inadecuadas, pese a saber las consecuencias negativas.
- La alimentación no es una de las preocupaciones principales de los jóvenes
- La alteración de la autoestima, que supone un gran riesgo durante la adolescencia, limita la adquisición de autocuidados y hábitos saludables.
- Se intenta cumplir las expectativas de las personas de su entorno en cuanto a su físico refiere, pudiendo producir TCA. Además existe una fuerte presión de grupo en esta etapa, lo que puede llevar a la toma de hábitos perjudiciales solo para asegurar la aceptación del grupo.
- No existen motivaciones suficientes entre los jóvenes para realizar una dieta saludable.
- La comida puede ser usada como refugio debido a la complicación que padecen los adolescentes en cuanto a manejo emocional se refiere.

Área de las habilidades

- Mal control de la situación en procesos estresantes puede suponer la adquisición de malos hábitos nutricionales.
- Escasa habilidad de mejorar sus hábitos a pesar de conocer los beneficios.
- Los adolescentes pueden ejercer una figura de agente de cambio en la familia, pudiendo ser capaces de introducir nuevos hábitos y conductas saludables que les son enseñadas.
- La mayoría de los adolescentes no poseen las habilidades requeridas para elaborar comidas de manera autónoma
- En esta etapa el control sobre la presión de grupo es escasa.
- No se plantea un balance coste-beneficio a la hora de ingerir alimentos con bajo valor nutricional

Objetivos

El **objetivo general** de este trabajo consistirá en **contribuir al desarrollo de capacidades para realizar una alimentación sana y equilibrada y prevenir enfermedades asociadas a una alimentación no saludable.**

Los **objetivos específicos** se enumerarán en tres grupos, correspondientes a los tres ámbitos de aprendizaje de las personas:

- **Área cognitiva:**
 - Identificación de los hábitos que realizan en todos sus ámbitos.
 - Desarrollo de capacidad de detección de conductas perjudiciales e influencias negativas percibidas en su entorno, relacionadas con la alimentación.
 - Capacidad de analizar los nutrientes y alimentos requeridos para una dieta buena y equilibrada.
 - Identificación de los factores predisponentes del sedentarismo, la obesidad y los TCA así como sus consecuencias.
 - Análisis de las consecuencias de la relación del sedentarismo, obesidad y TCA con la alimentación.
 - Aclaración de mitos relacionados con la alimentación.
- **Área emocional:**
 - Mejora de autoanálisis de sus estilos de vida alimentaria y de ejercicio.
 - Desarrollo de un manejo eficaz de la autoestima y mejora de la aceptación de su cuerpo.
 - Identificación del manejo emocional en sus experiencias alimenticias previas.
 - Actitud crítica ante la influencia de los medios de comunicación en sus hábitos nutricionales y ante los modelos estéticos dominantes.
 - Desarrollo de actitud positiva ante el cuerpo y su cuidado.
- **Área de las habilidades:**
 - Mejora de la elección de alimentos a la hora de elaborar una dieta saludable.
 - Mejora del manejo de la presión de grupo.
 - Desarrollo de habilidades para adoptar conductas con objeto de prevenir la obesidad, TCA o sedentarismo.
 - Desarrollo de habilidades de preparación de alimentos saludables.

Metodología

Para comenzar la implementación de este proyecto se desarrolla el diseño de un proyecto piloto, cuya organización se establece en las tablas anteriores. Este proyecto de EpS se impartirá en todos los grupos de 4º curso de ESO en el IES Ágora, situado en Alcobendas. La duración de todas las sesiones está establecida en una hora, ya que el desarrollo debe ser durante la hora asignada para tutorías, la cual es una semanal. Cada uno de los 4 grupos de 4º tiene esta hora en un momento distinto, lo que permite que se imparta en todos los grupos. Una vez finalizado este taller, vistos los resultados y recogidas las evaluaciones de los alumnos, se implementarán las mejoras necesarias, si son requeridas y se adaptará para iniciar este mismo proyecto en otros cursos.

Los alumnos por cada grupo son de aproximadamente 30 personas, por lo que se llevarán a cabo actividades con el grupo completo así como otras en grupos más reducidos, buscando que se formen 5 o 6 grupos. Con esto se busca que las sesiones sean más dinámicas y que el trabajo y seguimiento de los participantes durante las sesiones sea más focalizado.

Dentro de cada sesión se llevan a cabo actividades dinámicas, de trabajo y participación grupal, así como otras cuyo desarrollo es más unidireccional, con un fin didáctico. Esto es así para evitar la monotonía y procurar lograr una mayor focalización e interés de los participantes.

Los tutores de los diferentes cursos serán informados semanalmente y tendrán conocimiento previo de las actividades que se llevarán a cabo en cada sesión.

Actividad	Desarrollo	Objetivo	Duración	Materiales	Grupos
1ª Sesión: Bases nutricionales y mitos.					
Test online acerca de mitos nutricionales	Mediante la herramienta virtual <i>Kahoot</i> , se realizará un cuestionario online al que podrán acceder los alumnos, sobre mitos nutricionales y del que posteriormente se discutirá.	Transmitir conocimientos nutricionales y desmentir los erróneos.	15 minutos.	Un ordenador o dispositivo móvil para cada participante y un ordenador con proyector para el docente.	Individual.
Presentación virtual de conocimientos nutricionales básicos	Haciendo uso de una presentación Power Point se expondrán los conocimientos básicos relacionados con la nutrición, así como de la importancia de establecimiento de hábitos saludables.	Ampliar los conocimientos de los participantes respecto a los aspectos más relevantes de la nutrición y hábitos saludables.	30 minutos.	Un ordenador y proyector.	Grupo Grande (GG).
Clasificación de alimentos por grupos.	Se otorgarán a los participantes fichas con alimentos en primer lugar y elaboraciones en segundo, para que los dividan según al grupo que pertenecen.	Desarrollo de los conocimientos impartidos anteriormente.	15 minutos.	Fichas, bolígrafos.	Grupos Pequeños (5-6 personas; GP).
2ª Sesión: Medios de comunicación.					
Expresión de ideas acerca de la influencia en nutrición de las redes sociales.	Se hará una lluvia de ideas grupal acerca de la idea que tienen los participantes del reflejo de la alimentación en las redes sociales.	Analizar las influencias nutricionales provenientes de las redes sociales.	15 minutos.	Una pizarra, tizas.	GP (5-6 personas).
Análisis de vídeos de contenido nutricional encontrado en redes sociales.	Se proyectará un video que ejemplifique las influencias que ejercen ciertas páginas populares en redes sociales con contenido nutricional.		25 minutos.	Un ordenador con proyector.	GG.
Análisis de publicidad nutricional en medios de comunicación (televisión, carteles, prensa).	Por grupos, se propondrá una lluvia de ideas para que los participantes debatan acerca de los productos alimentarios más prevalentes en la publicidad diaria.	Analizar las influencias nutricionales provenientes de la publicidad a la que estamos expuestos diariamente.	20 minutos.	Pizarra y tizas.	GP (5 personas) y GG.

3ª Sesión: Obesidad y TCA.					
Discusión grupal acerca de conocimientos previos sobre obesidad.	Se preguntará a los participantes acerca de los conocimientos que poseen sobre todos los aspectos de la obesidad y sus consecuencias.	Conocer las competencias de los participantes en torno a la obesidad	5 minutos.	Pizarra y tizas	GG.
Presentación virtual sobre los conceptos básicos de la obesidad y sus consecuencias.	Mediante una presentación virtual se explicarán la obesidad y los principales conceptos relacionados con esta, así como sus consecuencias.	Mejorar los conocimientos de los asistentes en lo relacionado a la obesidad.	10 minutos.	Ordenador y proyector.	GG.
Simulación de obesidad.	Se usará un traje con los participantes, que simule las dificultades físicas y motoras que padecen las personas obesas.	Fomentar percepción de peligrosidad e interacción de la obesidad en la vida diaria.	15 minutos.	Traje simulador de obesidad.	GG.
Discusión conocimientos previos TCA	Se preguntará a los participantes acerca de los conocimientos que poseen sobre todos los aspectos de los TCA y sus consecuencias.	Determinar conocimientos de los participantes en relación a los TCA.	5 minutos.	Pizarra y tizas.	GG.
Presentación virtual sobre los conceptos básicos de los TCA, diferencias básicas entre bulimia y anorexia y consecuencias.	Mediante una presentación virtual se explicarán la obesidad y los principales conceptos relacionados con esta, así como sus consecuencias y las principales diferencias entre anorexia y bulimia.	Mejorar los conocimientos de los asistentes sobre los TCA y sus diversos tipos.	15 minutos.	Ordenador y proyector.	Todos los participantes.
Enseñanza detección precoz de TCA en su entorno.	Se expondrán ante los participantes los diferentes signos que pueden ser notificados en una persona a la hora de valorar el padecimiento de un TCA.	Aumentar las competencias de los participantes a la hora de realizar una detección precoz de los TCA.	10 minutos.	Pizarra y tizas.	GG.

4ª Sesión: Actividad física y sedentarismo.					
Cuestionario sobre la actividad física individual.	Se administrará a los alumnos un cuestionario acerca de la cantidad de actividad física que realizan durante la semana.	Conocer los hábitos deportivos de los participantes	10 minutos	Cuestionario, bolígrafos.	Individual.
Realización de un balance energético.	Mediante el cálculo del gasto calórico proveniente del ejercicio y la ingesta calórica, se hará un balance energético	Aumentar conocimientos sobre el impacto y relación de ingesta y actividad física.	30 minutos.	Hojas con referencias de consumo energético según alimentos, folios, bolígrafos y hoja con plantilla para realización de balance, calculadora.	Individual.
Discusión acerca de los resultados y simulación.	Generación de debate acerca de los balances resultantes y viendo los posibles cambios al introducir una alimentación saludable así como un ligero incremento de actividad física.	Fomentar el cambio de hábitos nutricionales y la generación de rutinas deportivas.	20 minutos.	Plantilla rellena por los participantes, calculadora.	GG.
5ª Sesión: Presión de grupo y autoestima.					
Presentación de casos en los que se ejerce presión de grupo y realización de Role-play.	Irán saliendo participantes por grupos para realizar un Role-play con casos propuestos en los que se ejerce presión de grupo sobre un miembro, para ver su respuesta y aportarles mecanismos de acción en dichas situaciones.	Aumentar competencias a la hora de enfrentarse a situaciones de presión de grupo.	30 minutos.	Guion de situaciones.	GP (4 personas) y GG.
Presentación de técnica del semáforo.	Se planteará la técnica del semáforo para que la empleen en decisiones complejas de su vida (rojo = para, amarillo = piensa, verde = actúa).	Aportar herramientas que puedan ser útiles a la hora de enfrentarse a situaciones de presión de grupo.	10 minutos.	Pizarra y tizas.	GG.
Etiquetación individual de características.	Los asistentes escribirán en etiquetas cualidades suyas, positivas y negativas para que se las peguen en el cuerpo. Una vez hecho esto, en grupos, se discutirá sobre cuáles de estas etiquetas se quedan y cuáles no, pudiendo aportar alguna positiva que crean conveniente.	Aumentar la autoestima y transmitir la idea de la variabilidad a la hora de etiquetar a cualquier individuo.	20 minutos.	Pegatinas, rotuladores.	GP (5-6 participantes).

6ª Sesión: Elaboración de menú y receta saludables.

Elaboración de falafel, siguiendo una receta.	A los alumnos se les hará entrega de los ingredientes necesarios para la preparación, que se recogerá para ser cocinado una vez finalizado, durante el resto de la sesión, para que esté preparado y puedan probarlo al terminar esta.	Transmitir la idea de que la comida saludable puede estar apetitosa y ser fácil de preparar.	20 minutos	Tablas de cortar, cuchillos de plástico para niños, bote de garbanzos, cebollas, zanahorias, ajo, perejil, sal, pimienta, harina y una batidora por grupo.	GP (5-6 personas).
Análisis de un menú de comedor.	Se proporcionará a los alumnos un menú semanal de un comedor escolar con el fin de que lo analicen y realicen los cambios que precisen convenientes para que sea saludable, para una posterior discusión.	Analizar la adecuación o no de los menús escolares con los requerimientos nutricionales.	40 minutos	Menú escolar, folios y bolígrafos.	GP (5-6 personas).

Desarrollo de las sesiones

1ª Sesión: Para dar comienzo al taller se preparará un test online, a través de la herramienta virtual ‘‘Kahoot’’, al que los participantes pueden acceder mediante ordenadores. En dicho cuestionario se plantearán una serie de preguntas, con respuestas de verdadero/falso, en relación a los mitos que existen en torno a la nutrición. A continuación se exponen algunos ejemplos de esas preguntas.

- ‘‘Solo se adelgaza si no tomas grasas’’.
- ‘‘Bebiendo agua se adelgaza o engorda’’.
- ‘‘Los productos light o son azúcares añadidos no engordan’’.
- ‘‘Los azúcares de las frutas engordan’’.
- ‘‘Los alimentos integrales tienen menos calorías’’.
- ‘‘El pan engorda’’.

Una vez realizado el test y clarificados estos mitos se pasará a realizar una presentación mediante un documento Power Point, en el que se explicará la finalidad de las sesiones a realizar y se expondrán los elementos más básicos en relación con la nutrición, los alimentos y nutrientes así como de la importancia de un desarrollo de hábitos saludables y la relación de estos con la nutrición, dando en todo momento oportunidad para plantear las dudas que surjan. Para finalizar esta sesión se dividirá a los participantes en grupos pequeños de 5-6 personas. A cada grupo se le otorgará una ficha (Anexo 2) con dos cuestiones, para trabajar y asentar los conocimientos adquiridos mediante la presentación anterior, en la que se deben identificar los componentes nutricionales de ciertos alimentos y de platos elaborados.

2ª Sesión: En la sesión de esta semana, el objetivo es identificar las influencias que ejercen sobre la nutrición los medios de comunicación, así como las redes sociales. Para la primera actividad se repartirán los participantes en grupos de 5-6 personas. Una vez formados los grupos, tendrán 5 minutos para reflexionar acerca de la percepción que tienen sobre la influencia de las redes sociales en los hábitos nutricionales. Pasado este tiempo, se pondrán en común las aportaciones de todos los grupos y se debatirá brevemente si todos los participantes están de acuerdo con el resultado.

A continuación, se presentará un video (Anexo 3) de una popular cuenta de recetas en redes sociales. Se preguntará acerca de cuántos de ellos conocían dicha página con anterioridad y, divididos en los grupos previos, se darán 5 minutos para analizar el vídeo. Después se pondrán en común las ideas de los grupos como se hizo en la actividad anterior. Finalmente, en los grupos pequeños se pedirá una reflexión acerca de la publicidad alimentaria, de qué productos son los más publicitados y de si opinan si estos son saludables. A su vez se expondrán algunos ejemplos de anuncios y promociones comunes de alimentos (Anexo 4), para ayudar a apoyar sus argumentos y aportar más ideas (precios, disponibilidad, etc.).

3ª Sesión: Al comienzo de esta sesión se preguntará brevemente a los participantes acerca de los conocimientos que poseen sobre la obesidad y su contexto, para realizar un análisis de sus competencias. Una vez hecho esto se realizará una presentación virtual sobre aquellos conceptos más básicos en relación a la obesidad y consecuencias, para seguir con una simulación de obesidad. Dicha simulación se realizará con un traje creado para este propósito (Anexo 5). A continuación se pasará a trabajar sobre los TCA. Las dos primeras actividades serán similares a las realizadas con la obesidad. Se hará una discusión acerca de los conocimientos previos que poseen y se presentará un documento para aclarar su definición y las diferencias entre sus tipos. Finalmente se realizará una actividad en la que se les darán herramientas a los participantes para que sean capaces de hacer una detección precoz de los TCA en su entorno.

4ª Sesión: Para comenzar esta sesión se otorgará una hoja de valoración de los hábitos deportivos a cada participante. Para esta hoja se tomará de referencia un cuestionario sobre la actividad física ya existente (52). Se dejarán 10 minutos para su cumplimentación. Una vez rellena, se pasará a la siguiente actividad, que consistirá en la realización de un balance energético, para lo cual se precisará la ayuda de un ordenador por participante. Mediante la ayuda de distintas páginas web que se facilitarán a los participantes, se pretenderá que realicen un balance energético de un día normal. Para eso, se les administrarán las direcciones web de una calculadora del metabolismo basal (Anexo 6), una calculadora de calorías por alimento (Anexo 7) y una calculadora de las calorías quemadas por ejercicio (Anexo 8). Mientras los participantes finalizan esta actividad, los educadores recogerán las hojas de actividad física individual para realizar una valoración de los resultados.

Una vez terminado este balance, el resto de la sesión se dedicará a discutir acerca de los resultados obtenidos con las respuestas al cuestionario de actividad física, así como de los balances. A su vez se harán simulaciones con los balances de aquellos participantes que así lo quieran para observar el cambio que se producirían con ligeros cambios en su alimentación y actividad física.

5ª Sesión: Se dividirá al total de los participantes por grupos de 5-6 personas para la realización de distintos casos de Role-play. A cada grupo se le presentará una situación en la que haya una presión de grupo por parte de los miembros hacia uno de ellos y se observarán las conductas tomadas por los participantes. Se remarcarán las actitudes positivas que se surjan y se intentarán corregir aquellas menos asertivas. Una vez finalizados todos los grupos se expondrá en 10 minutos al grupo completo la técnica del semáforo (Anexo 9), con el objetivo de que esta sea una herramienta más a su disposición en el momento de encontrarse con situaciones que requieren decisiones complejas. Finalmente, tratando de actuar sobre la autoestima de los participantes, se volverá a dividir al grupo completo en unos más reducidos para la siguiente actividad. Dicho ejercicio consistirá en la entrega de pegatinas en blanco a cada miembro de cada grupo para que individualmente estos redacten en cada una etiqueta que crean conveniente para ellos mismos. El único requisito es que deben escribir un mínimo de 3 etiquetas positivas y 2 negativas. Una vez hecho esto, se las pegarán en el cuerpo y dentro de los grupos se irá decidiendo entre todos los miembros las etiquetas que creen correctas y las que no en uno de los componentes del grupo. Si existe un consenso entre todos los miembros del grupo, se podrán retirar aquellas etiquetas negativas que no consideren acertadas en esa persona y añadir las positivas que se crean convenientes. Con esto, se pretende demostrar que las etiquetas no son fijas y que la percepción de uno mismo y de los otros puede ser completamente diferente a la del resto.

6ª Sesión: En esta última sesión se repartirá a los participantes en grupos de 5-6 personas y a cada grupo se le entregarán los ingredientes y materiales necesarios para la realización de falafel, así como un escrito con los pasos a llevar a cabo en la receta (Anexo 10). Cuando los participantes terminen se colocarán las masas, ya con la forma de falafel, en una bandeja por grupo. Dichas bandejas serán llevadas a la cocina del instituto para que en el tiempo restante de la sesión sea freído y que estén listos para el final del taller. De este modo los participantes podrán probar su preparación. El objetivo

de dicha actividad es motivar a los participantes a realizar platos en sus casas así como el fomentar que la comida saludable no tiene por qué llevar asociado que sea poco sabrosa.

La siguiente actividad y, con la que se finalizará el taller, se basará en, divididos en los mismos grupos, analizar un menú semanal de un comedor escolar para determinar si este es o no completo y saludable. Asimismo, serán libres de realizar los cambios que crean convenientes para que lo sea. Una vez terminado, cada grupo expondrá sus conclusiones y modificaciones al resto del grupo.

Evaluación

La evaluación es el proceso por el cual se persigue recabar toda la información posible para adecuar futuras implementaciones del taller impartido a la consecución de los objetivos planteados así como la adaptación y mejora de las sesiones y actividades en función de los progresos logrados en su primera realización. La evaluación por parte de los docentes es un proceso que debe ser continuado desde el primer momento que se inicia el taller y que será reforzado por una evaluación final al final del proyecto, que deberán cumplimentar los participantes y que incorporará elementos que se describen a continuación.

La evaluación se realizará en tres áreas:

- Evaluación del proceso: Se valorará todas las sesiones en su conjunto y el desarrollo seguido en las mismas. Se tendrá en cuenta si ha sido posible realizar todas las actividades, teniendo en cuenta el tiempo y el contenido previstos, así como la aceptación y adecuación del grupo a estas. Se valorarán las relaciones establecidas entre los participantes así como entre estos y el personal docente, a la vez que se evaluará el ambiente originado en las sesiones. Se realizará un cuestionario con preguntas como:
 - ¿Los contenidos han sido adecuados?
 - ¿Se facilita la participación activa de los participantes?
 - ¿Al grupo le interesa profundizar?
 - ¿Se ha creado un clima tolerante?
 - ¿Ha habido comunicación activa y escucha grupal?
 - ¿Las sesiones han sido útiles y estaban adaptadas al grupo?
 - ¿Las actividades han sido dinámicas?
 - ¿Las explicaciones han sido claras?
- Evaluación de la estructura: Los docentes evaluarán si el espacio donde se imparten las sesiones es adecuado para su realización, si los materiales preparados son suficientes y si la adaptación al horario escolar y a la hora de tutoría es correcta. Dentro del cuestionario se incorporarán estos elementos:
 - ¿La difusión ha sido adecuada?
 - ¿La elección de horarios ha sido oportuna?
 - ¿Los profesionales docentes han sido suficientes?

- ¿El tiempo disponible ha sido adecuado para el completo desarrollo del taller?
- ¿El espacio físico ha sido acertado?
- Evaluación de los resultados: Se valorarán sus opiniones y aportaciones. Se preguntará acerca de la satisfacción de los participantes con las sesiones, así como con las actividades y los docentes. Deberán analizar el aprendizaje logrado mediante el taller así como su opinión acerca de los temas trabajados y si estas sesiones se han adaptado a las necesidades de los participantes. Para esto se incluirán las siguientes cuestiones dentro de la evaluación final:
 - ¿Se han adquirido nuevos conocimientos?
 - ¿Ha habido un aprendizaje práctico mediante las actividades propuestas?
 - ¿Se resolvieron las dudas durante las sesiones?
 - ¿Los contenidos han sido bien comprendidos?
 - ¿Se han reforzados los conocimientos teóricos mediante su puesta en práctica con las actividades?

Aparte de estas tres áreas se deben valorar también los tres aspectos en los que se han clasificado los objetivos:

- Área cognitiva: se valorarán los conocimientos adquiridos. Podrán ser evaluados los previos mediante las lluvias de ideas y debates propuestos así como los adquiridos durante las sesiones mediante actividades como la cumplimentación de la ficha de clasificación de alimentos.
- Área emocional: dada la relevancia de este aspecto en los comportamientos adolescentes, los docentes, mediante observación sistemática y registro anecdótico de los comportamientos, gestos o respuestas de los participantes durante las actividades, obtendrán datos de las actitudes de dichos participantes, que serán compartidos entre ellos una vez finalizadas dichas sesiones, con el objetivo de valorar dichas actitudes mostradas.
- Área de las habilidades: se valorarán en esta área las herramientas y capacidades que los participantes adquieren a cualquier nivel durante las actividades. Actividades como el Role-play, la preparación de falafel o la revisión de un menú escolar pueden ser momentos idóneos para esta valoración.

Conclusiones

La nutrición es un componente de gran importancia para todos los individuos, pero que cobra una especial importancia en la adolescencia, dados los requerimientos nutricionales de esta etapa. El mantenimiento de unos buenos hábitos tiene gran importancia a la hora de establecer los futuros.

A raíz de este trabajo he podido concienciarme aún más de la importancia de los patrones nutricionales y del gran porcentaje de población, sobre todo en edad adolescente, que tiene estos patrones alterados. Además la magnitud de los problemas que se relacionan con esta es de gran relevancia.

En mi opinión y tras la realización de este proyecto, me he dado cuenta de la importancia de la EpS, de la que previamente carecía de formación suficiente. La EpS es mucho más compleja de lo que puede parecer en una primera impresión y pese a la dificultad inicial al no saber cómo empezar, luego resulta altamente gratificante según se avanza y se orienta más a la práctica.

La realización de una EpS no tiene nada que ver con otros posibles proyectos de TFG, ya que la metodología, lo que es la realización de las sesiones y el grueso del proyecto, supone un ejercicio de creatividad. Se debe intentar lograr la consecución de los objetivos ya propuestos mediante actividades dinámicas y originales y enfocadas a la población diana con la que se va a trabajar. A su vez, mi percepción del proceso de promoción de la salud es que es algo altamente satisfactorio, pues no es una pedagogía académica, sino que es una pedagogía didáctica, en la que lo que se busca es aportar herramientas a los participantes de modo que sean ellos los que realicen las modificaciones en sus estilos de vida.

En lo que a la alimentación se refiere, queda bien justificado en el presente documento la necesidad que existe de actuación sobre este patrón, por lo que, pese a las diversas estrategias a nivel estatal considero que sería oportuno la implementación de proyectos locales de EpS sobre este tema para la población más joven.

Agradecimientos

En este apartado tan personal, me gustaría dedicar el presente trabajo a todas aquellas personas relacionadas, directa e indirectamente, con su realización.

En primer lugar, querría agradecer a mi tutora, Olga, por la admirable implicación y total disponibilidad presentadas desde el primer momento, que han hecho posible el desarrollo de este trabajo. Gracias por la tranquilidad y confianza transmitidas en cada tutoría y por la excelencia buscada con cada corrección.

En segundo lugar, me siento en la obligación de agradecer a mis padres, puesto que ellos son los principales responsables de que haya llegado a este punto y los que han sufrido los momentos de mayor preocupación durante la realización de este trabajo. Por ser unos grandes acompañantes durante los buenos momentos y unos fieles e inestimables apoyos en los malos, y, por encima de todo, por dejarme la herencia más valiosa posible, unos valores incuestionables. No podría faltar mi hermana, quien me ha enseñado a compartir y convivir.

A Sara, la enfermera que, entre muchas otras cosas, me mostró lo que verdaderamente es sentir pasión por la profesión y que ha sido un referente en muchas situaciones durante mi carrera.

Finalmente, a mis amigos de siempre, por el incondicional apoyo y cariño durante estos años de carrera, pese a los distintos caminos tomados; y a los nuevos, conocidos durante el grado, por todas las vivencias compartidas y por enseñarme a querer pese a las diferencias personales.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente [Internet]. Ginebra: OMS. [Consultado diciembre 2018]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Güemes M, Ceñal M.J, Hidalgo M.I. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral* [Internet]; 2017 [Consultado 34234333234234234234]; 21(4): 233-244. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
3. Eddy L.S. La identidad del Adolescente. Como se construye. *ADOLESCERE* [Internet] 2014 [Consultado diciembre 2018]; 2(2). Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf>
4. Seguridad Ciudadana CEDRO. Conductas de riesgo convencionales. Perú: Lima, CEDRO.
5. Rosabal R, Romero N, Gaquín K, Hernández R.A. Conductas de riesgo en los adolescentes. *Rev Cubana Med Mil.* [Internet] 2015 [Consultado diciembre 2018]; 44(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010
6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. ENSE, Encuesta Nacional de Salud en España 2017. Madrid. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
7. Gómez de Giraudo M. T. Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia. *USAL* [Internet] 2016 [Consultado diciembre 2018]. Disponible en: <http://racimo.usal.edu.ar/4541/1/1205-4284-1-PB.pdf>
8. OMS. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. [Internet]. 2018. [Consultado diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

9. Wickman M. E, Anderson N. L, Greenber C. S. The adolescent perception of invincibility and its influence on teen acceptance of health promotion strategies. *J Pediatr Nurs*. [Internet] 2008 [Consultado diciembre 2018]; 23(6): 460-468. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19026914>
10. Velázquez S. Salud física y emocional. Méjico: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
11. Santiago Y, Arribas I. Autonomía personal y salud infantil. [Internet]. Madrid: Ed. Síntesis; 2016 [Consultado diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.sintesis.com/data/indices/9788490773123.pdf>
12. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. [Internet]. Méjico: Mc Graw Hill; 2004 [Consultado enero 2019]. Disponible en: <http://www.ceum-morelos.edu.mx/libros/libropsicologia.pdf>
13. Álvarez L, Aguaded M. J, Ezquerra M. La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide; 2014.
14. Oliveria S. A, Ellison R. C, Gillman M. W, Garrahe E. J, Singer M. R. Parent-child relationships in nutrient intake: the Framingham Children's Study. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 1992 [Consultado enero 2019]; 56(3): 593-598. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1503074>
15. Gutiérrez I, Del Barrio A. Los adolescentes y el uso de la televisión. *Redalyc*. [Internet]. 2015 [Consultado enero 2019]; (1): 133-144. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/3498/349851779014/>
16. Cotugna N. TC Ads on Saturday morning children's programming-what's new?. *Journal of Nutrition Education* [Internet]. 1988. [Consultado enero 2019] 20(3): 125-127. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022318288802310>
17. Goldberg E, Gorn G, Gibson W. TV Messages for Snack and Breakfast Foods: Do They Influence Children's Preferences?. *JCR* [Internet]. 1978. [Consultado enero 2019]. 5(2): 73-81. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/2488997>
18. Pérez A. L, Gabino M, Baile J. I. Análisis de los estereotipos estéticos sobre la mujer en nueve revistas de moda y belleza mexicanas. *Rev. Mex. De trastor. aliment* [Internet]. 2016. [Consultado enero 2019]. 7(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232016000100040

19. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Internet]. Ginebra: OMS. [Consultado enero 2019]. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/
20. Gallo E. Percepciones de los adolescentes frente a las influencias psicosociales que inciden en sus hábitos alimentarios. Revista Virtual UCN. [Internet]. 2015. [Consultado enero 2019]; 45: 181-195. Disponible en: revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/download/666/1197
21. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? The American Journal of Clinical Nutrition. [Internet]. 2008 [Consultado enero 2019] 87(5): 1107-1117. Disponible en: <https://academic.oup.com/ajcn/article/87/5/1107/4650128>
22. Salud Madrid. Cartera de Servicios. Portal de Salud [sede Web]. Comunidad de Madrid; 2018 [acceso febrero 2019]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354482321467&language=es&pagina me=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1354482321467
23. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud [sede Web]. España; 2012. [Consultado febrero 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf
24. Organización Mundial de la Salud. Nutrición. [Internet] Ginebra: OMS [Consultado febrero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nutrition/es/>
25. De Torres L, Francés M. La dieta equilibrada: Guía para Enfermera de Atención Primaria. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación [Internet]. 2007 [Consultado febrero 2019]. Disponible en: <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/Gu%C3%ADa%20AP-Diet%C3%A9ticaWeb.pdf>
26. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [sede Web]. España; 2014. [Consultado febrero 2019]. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

27. Marugán J. M, Monasterio L, Pavón M. P. Alimentación en el adolescente. Asociación Española de Pediatría [Internet] 2014. [Consultado febrero 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_adolescente.pdf
28. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2011. [Consultado febrero 2019]; 22(1): 85-97. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960>
29. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Internet] Ginebra: OMS [Consultado febrero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
30. Márquez S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. Nutrición hospitalaria. [Internet] 2008. [Consultado febrero 2019]; 23(3): 183-190. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n3/revision1.pdf>
31. Organización Mundial de la Salud. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. [Internet] Ginebra: OMS [Consultado febrero 2019]. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/
32. MedLine. Bulimia [Internet]. 2018. [Consultado febrero 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000341.htm>
33. Madruga D, Leis R, Lambruschini N. Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Asociación Española de Pediatría. [Internet] [Consultado febrero 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
34. Organización Mundial de la Salud. Obesidad. [Internet] Ginebra: OMS [Consultado febrero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>
35. Taziana S, Mesquita A, Costa de Sousa S. M, de Lima Carvalho C. M, Carvalho Fernandes A. F, Santos M. D. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2013 [Consultado febrero 2019]. 12(32). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400016
36. LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (Boletín Oficial del Estado, número 280, de 22-11-2003).
37. International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses. Suiza: Ginebra; 2012. ICN.

38. Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría. Guía de incorporación para el residente de enfermería pediátrica. [Internet] Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2011. [Consultado febrero 2019]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1272039836769&ssbinary=true>
39. López P, Segredo A, García A. J. Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 [Consultado marzo 2019]; 40(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300009
40. Pérez MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. Manual de Educación para la Salud [monografía en Internet]. Navarra: Sección de Promoción de la Salud: Instituto de Salud Pública; 2006 [Consultado marzo 2019]. Disponible en: <https://www.navarra.es/nr/rdonlyres/049b3858-f993-4b2f-9e33-2002e652eba2/194026/manualdeeducacionparalasalud.pdf>
41. Rodríguez M. Empoderamiento y promoción de la salud. Red de salud. [Internet]. 2014 [Consultado marzo 2019]. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>
42. Domínguez Aurrecoechea B. Educación para la salud en el ámbito escolar. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 187-200.
43. Organización Mundial de la Salud. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6–9-year-old children. [Internet] 2018 [Consultado marzo 2019]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/378865/COSI-3.pdf?ua=1
44. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2016. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2016. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2017. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/
45. Alguacil L, Alonso E, Aranceta J, Ávila J. M, Aznar S, Belmonte S, et al. Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer? Nutr. Hosp. [Internet] 2013 [Consultado marzo 2019]; 28(5). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001100001
46. Peña C, Frabetti C. La mujer en la publicidad. Madrid: Instituto de la Mujer; 2002.

47. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. [Internet]. España: Agencia Española de Seguridad Alimentaria; 2005. [Consultado marzo 2019]. Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
48. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Código de correulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (Código PAOS). [Internet]. España; 2005. [Consultado marzo 2019]. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/Nuevo_Codigo_PAOS_2012_espanol.pdf
49. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Internet]. España; 2009. [Consultado marzo 2019]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/apartado01/introduccion.html
50. La Vanguardia. La obesidad es "una enfermedad" que supone el 7% del gasto sanitario español. [Internet]. 2018 [Consultado 489274982742]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20180712/45854311441/la-obesidad-es-una-enfermedad-que-supone-el-7-del-gasto-sanitario-espanol.html>
51. Sánchez J. J, Jiménez J. J, Fernández F, Sánchez M. J. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. Rev Esp Cardiol. [Internet]. 2013 [Consultado 4324]; 66(5). Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-obesidad-infantil-juvenil-espana/articulo/90198744/>
52. Ordoñez V, Barranco E, Guerra G, Barreto J, Santana S, Espinosa A, et al. Estado nutricional de los pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en el programa de Hemodiálisis del Hospital Clínico-Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Nutr Hosp [Internet]. 2007 [Consultado marzo 2019]; 22(6). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22n6/original6.pdf>

Anexos

ANEXO 1

En el aspecto de la ingesta, podemos encontrar el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles, que presenta una adaptación para la población juvenil. Los resultados que se observan según la ingesta de cada tipo de alimentos serían los siguientes:

- Leche y derivados lácteos: siendo la cantidad diaria recomendada de entre 3 a 4 raciones, vemos que hay un déficit en la población de este estudio, puesto que el consumo medio fue de 2,9 raciones, encontrando que un 52% de los jóvenes admitieron realizar un consumo por debajo de las 3 raciones diarias, un 26,8% ingirió menos de 2 raciones y un 6,1 reconoció no llegar a la ración diaria.
- Fruta: los resultados fueron un 1,6 raciones de consumo medio al día, siendo visiblemente inferior al recomendado, de 5 raciones diarias. Es preocupante observar el dato de que un 31,1% no llegó siquiera a la ración diaria de fruta.
- Verduras y hortalizas: su consumo medio fue de 1,3 raciones diarias, frente a la recomendación de más de dos, habiendo un 37% de jóvenes que consumieron menos de una.
- Carne y derivados: en este ámbito el consumo medio se estableció en 2,7 raciones diarias. Las recomendaciones diarias recomendadas son de 3-4 raciones de carne magra a la semana, mientras que las carnes grasas y embutidos deberían ser de consumo ocasional, lo que contrasta con el estudio que refiere que los embutidos se consumieron con una media de 0,8 raciones/día.
- Galletas y bollería: este tipo de alimentos presentó un consumo de 1,1 raciones diarias, superando a las recomendaciones, que establecen su consumo a ocasional.
- Chucherías saladas: es preocupante observar como un producto de consumo ocasional como debería ser este es superando en gran medida en la realidad, puesto que un 7,8% de los varones y un 9,9% de las mujeres superaron las 4 raciones diarias.

- Arroz, pasta y pan: la ingesta de las dos primeras fue de 6-7 raciones semanales mientras que la del pan llegó a 1,9 diarias. En las recomendaciones, lo establecido es un consumo de 4-6 raciones al día.
- Huevos: las 4-5 raciones semanales extraídas del estudio superan a las 3-4 recomendadas.
- Pescado: en el estudio se refleja una ingesta de 3-4 raciones por semana, la misma cantidad que se observa en las recomendaciones.

ANEXO 2

Clasificación de alimentos

1. Alimentos individuales: Situar en el grupo correspondiente el número asignado a cada alimento

1. Manzana	• <u>Fruta:</u>
2. Filete de ternera	
3. Huevos	
4. Lentejas	• <u>Cereales:</u>
5. Yogur	
6. Lechuga	
7. Espinacas	• <u>Alimentos proteicos:</u>
8. Tomate	
9. Pescado	
10. Jamón	• <u>Lácteos:</u>
11. Garbanzos	
12. Queso	
13. Plátano	• <u>Hortalizas:</u>
14. Maíz	
15. Judías verdes	
16. Atún	• <u>Legumbres:</u>

2. Elaboraciones:

1. Cocido (garbanzos, patata, repollo, pollo):
2. Paella (arroz, gambas, pimientos, pollo, calamares):
3. Ensalada (lechuga, tomate, atún, zanahoria):
4. Tortilla de patatas (huevos, patatas, cebollas):
5. Macarrones con tomate, chorizo y queso (pasta, tomate, chorizo, queso):

ANEXO 3

The screenshot shows a YouTube interface. The main video is titled 'Top Ten Tasty Recipes Of All Time' and has 5,007,966 views, 89 MIL likes, and 1,8 MIL comments. The video player shows a close-up of a bread roll with cheese and herbs. To the right, there are recommendations for 'Hotels.com Europe', 'Most-Watched Tasty Entrées of the Year', and 'DIY Fried Dessert Ideas for a Delicious Frijay Treat'.

ANEXO 4



Disfruta de nuestras fantásticas ofertas

McNuggets® 6 uds. 1'90 €	Happy Meal™ GRATIS con la compra de 2 McMenú® Grandes
McFlurry® 1'90 €	Menú® Big Mac® o McPollo® con patatas y refresco pequeños 3'90 €
2 McMenú® Medianos* *Hasta grandes por 1€ más 9'90 €	2 McMenú® Grand Extrem® Medianos *Hasta grandes por 1€ más 10'90 €
7'90 € McMenú® Mediano + Happy Meal™ *Hasta grande por 0'50€ más	

ANEXO 5



ANEXO 6

Sexo: ☒ Hombre
☐ Mujer

Peso:

☒ Kilos
☐ Libras

Estatura: cm

Edad: años

Nivel de actividad:

ANEXO 7

Plato 1 | Plato 2 | Postre | Totales

Buscar Alimento... **BUSCAR**

Plato1

Cant	KCal	Prote	Hidratos	Grasas	IG	CG*
Añade alimentos al primer plato y calcula su información nutricional						

*CG: Carga Glucémica

ANEXO 8

Introduce un ejercicio para calcular las calorías quemadas

Q Buscar ejercicio o actividad **Buscar** o Caminata Correr Natación Ciclismo

Para un cálculo correcto necesitamos algo de información básica sobre ti

2

Duración de la actividad

30

minutos

3

Eres

4

¿Cuántos años tienes?

21

años

5

¿Cuánto pesas?

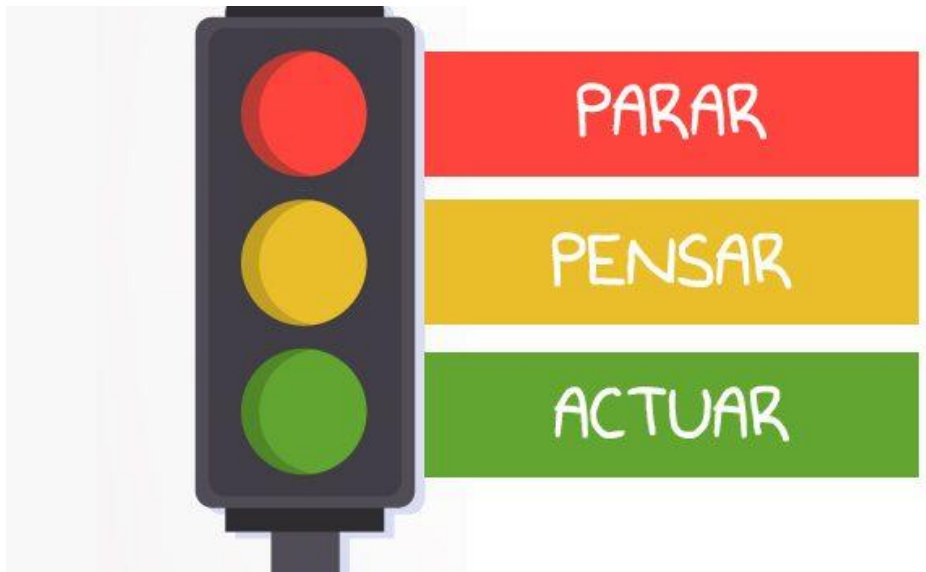
69

kg

Calcular las calorías quemadas

Ayuda

ANEXO 9



ANEXO 10

Ingredientes:

- 250 gr. de garbanzos crudos o precocidos
- 1 cebolla
- 2 dientes de ajo
- 1 zanahoria mediana
- Perejil picado, sal y pimienta
- Harina de garbanzos, de trigo o de maíz para rebozar

Para la salsa:

- 1 yogur natural/ 3 pepinillos
- 1 dientes de ajo/ Alcaparras e hierbas.

